

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

alle Ärzte, die mich wegen des am _____ erlittenen Unfalls/Vorfalles seither behandelt haben oder zukünftig behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, unter der Bedingung, dass die von mir beauftragten

M&P

MENZEL · PORZBERG · KRÄMER

Bergische Straße 23 · 51766 Engelskirchen
Tel.: 02263-7159059 · Fax: 02263-7159060

bei jeder erteilten Auskunft und Stellungnahme gleichzeitig eine Abschrift erhalten.

Gleichzeitig sind o. g. Rechtsanwälte beauftragt und bevollmächtigt, die Patientenakte einzusehen sowie entsprechende Erklärungen in meinem Namen abzugeben. Diese Entbindungserklärung gilt gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Gerichten, Behörden und Strafverfolgungsbehörden, sowie gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften.

Engelskirchen, den _____

Unterschrift